Angefertigt an der geburtshilflich-gynäkologischen
Abteilung des Städtischen Allerheiligen-Hospitals Breslau
Primärarzt: Professor Dr. med. F. Geller

Über Ergebnisse der Placenta-praevia-Behandlung

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der Friedrich-Wilhelms-Universität Breslau

Vorgelegt von

HANS SCHIGOLD

Ass.-Arzt

1938

Druck von Hoffmann & Reiber in Görlitz

Gedruckt mit Genehmigung der Med. Fakultät
der Universität zu Breslau

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Geller
2. Berichterstatter: Prof. Dr. Schultze-Rhonhof
Dekan: Prof Dr. Perwitzschky

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen Eltern
in Dankbarkeit gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549821_0045

Sowohl für die Mutter als auch für das Kind bedeutet die Placenta praevia, besonders die Placenta praevia totalis, eine große Gefahr. Dies geht aus einer Statistik von v. Ammon hervor, der fast alle inländischen und zahlreiche ausländische Veröffentlichungen berücksichtigte, die bis zum Jahre 1929 erschienen waren. Aus diesen läßt sich eine mütterliche Mortalität von 6,9 % und eine kindliche von 31,7 % errechnen.

Nach Sellheim mußte früher jede vierte Frau, die Trägerin einer Placenta praevia war, die Geburt mit dem Tode bezahlen.

Stoeckel weist nach, daß 31 %, also fast ein Drittel, aller Todesfälle unter der Geburt auf eine Placenta praevia zurückzuführen sind.

Das Symptom, das uns eine Placenta praevia vermuten läßt, ist die Blutung.

Zweifel hat nachgewiesen, daß es in 76 % aller Placenta-praevia-Fälle zu Blutungen bereits in den letzten 3 Monaten der Schwangerschaft kommt. Selbstverständlich muß es dann in der Eröffnungsperiode, wo es ja noch zu stärkeren und schnelleren Verschiebungen im unteren Uterusteil kommt, erst recht zu Blutungen kommen, die um so stärker sind, je mehr Placenta den inneren Muttermund überlagert.

Die Blutung kann entweder während der Geburt (Eröffnungsperiode) oder auch erst nach der Geburt zum Tode der Mutter führen, sei es als Folge des großen Blutverlustes während der Geburt oder infolge atonischer Nachblutung (Krönig, Sellheim) aus der Placentahaftstelle oder einer Rißblutung aus dem brüchigen Gewebe der Cervix (Hitschmann).

Die Behandlungsmethoden der Placenta praevia lassen sich in die symptomatischen und die kausalprophylaktischen einteilen. Die ersteren bekämpfen die Blutungsquelle direkt, das heißt sie wollen die blutende Stelle wieder verschließen oder doch so abdichten, daß eine lebensbedrohende Blutung der Mutter ver-

mieden wird. Zu dieser Gruppe gehört die 1861 von Braxton Hicks angegebene kombinierte innere vorzeitige Wendung, bei der der Steiß des Kindes durch Zug am Bein auf den abgelösten Placentarlappen drücken und somit die Blutung zum Stehen bringen soll. Bei Beckenendlage ist das Prinzip das gleiche. Auch hier wird der Steiß des Kindes als Druckmittel auf den sich vom Mutterboden ablösenden Placentarteil benützt. Dasselbe Prinzip, den sich ablösenden Teil der Placenta auf die Haftfläche zu drücken, verfolgt die von Maürer zuerst versuchte und 1893 von Dührssen empfohlene Anwendung der **Metreuryse.** Küstner trat dann 1897 besonders warm für diese Methode der Blutstillung bei Placenta praevia ein.

Nach der Statistik von v. Ammon ergibt die Wendung nach Braxton Hicks eine mütterliche Mortalität von 7,1 bis 8,0 % und eine kindliche von 63,2 bis 70,7 %. (Dabei handelt es sich um Kinder von über 2000 Gramm.)

Die Behandlung der Placenta praevia durch den Metreurynter schneidet ein wenig besser ab. Die mütterliche Mortalität beträgt hierbei 5,2 bis 6,9 % und die kindliche 34,3 bis 54,2 %. Die in 299 Fällen ausgeführte extraamniale Metreuryse läßt die mütterliche Mortalität auf 8,7 % ansteigen, die kindliche bleibt ungefähr gleich, nämlich 49 %.

Eine gewisse Sonderstellung nimmt in der Behandlung der Placenta praevia die **Blasensprengung** ein. Diese Methode wird oder sollte nur bei der Placenta praevia marginalis oder den weniger stark blutenden Formen der Placenta praevia lateralis und bei Längslagen angewendet werden.

Die mit dieser Methode erfolgten Behandlungen ergeben nach v. Ammon folgendes Resultat: Mütterliche Mortalität 1,9 %, kindliche Mortalität 10,9 %.

Die von Bossi angegebene Behandlungsmethode der Placenta praevia, bei der mit dem von ihm selbst konstruierten Dilatationsinstrument oder mit anderen Metalldilatatoren der Cervicalkanal möglichst schnell zu erweitern ist, um bald die Geburt beenden zu können, wurde 1905 auf dem Gynäkologenkongreß in Kiel als völlig falsch abgelehnt.

Aufgebaut auf demselben Prinzip ist die 1928 von Delmas angegebene Schnellentbindung. Von ihm wurde sie auch zur Behandlung der Placenta praevia empfohlen. Der erst für ein oder zwei Finger durchgängige Muttermund wird manuell gedehnt. Nach den bisherigen Erfahrungen ist die Delmas'sche Schnellentbindung bei Placenta praevia abzulehnen, da sie eine mütterliche Mortalität von 11,1 % und eine kindliche von 42,8 % aufweist (Bittmann).

Ebenso falsch ist es, die Placenta praevia mit Tamponade der Scheide zu behandeln, wie dies v. Ammon an Hand einer Tabelle nachweist, wobei eine mütterliche Mortalität von 20,7 % und eine kindliche von 63 % zu verzeichnen ist. Das sich hinter der Tamponade stauende Blut muß, wenn es nicht abfließen kann, zu einer weiteren Ablösung der Placenta führen, die eine erneute und größere Blutung nach sich zieht.

Zu den kausalprophylaktischen Methoden gehören die Schnittentbindungen, sowohl die vaginale als auch die abdominale. Zuerst wurde von amerikanischen und italienischen Autoren, nämlich Bermays, Mattoli und Caruso, der Kaiserschnitt als Behandlungsmethode für die Placenta praevia angegeben. Diesem Vorschlag wurde zuerst von Schauta, Olshausen und Zweifel entgegengetreten. Krönig und Sellheim traten dann aber 1908 für die Schnittentbindung bei Placenta praevia ein.

Aus v. Ammons Statistik geht hervor, daß die Hysterotomia vaginalis anterior eine mütterliche Mortalität von 6,6 % und eine kindliche von 18,6 % aufweist. Die Behandlung durch den abdominalen Kaiserschnitt ergibt eine mütterliche Mortalität von 7,3 % und eine kindliche von 9,1 %.

In dieser Zusammenstellung fanden auch solche Statistiken Verwendung, die aus der Zeit der beginnenden Schnittentbindungen stammten, in der die Technik des Operierens noch nicht zur heutigen Vollkommenheit ausgebaut war. Eine neuere Sammelstatistik von Pankow ergibt bei Placenta praevia eine mütterliche Sterblichkeit von 4,3 % und eine kindliche von 17,4 %.

Im Folgenden soll über das Ergebnis der Placenta-praevia-

Behandlung am Städtischen Allerheiligenhospital zu Breslau in den letzten 20 Jahren (1. 4. 1916—31. 3. 1936) berichtet werden.

In diesem Zeitraum fanden 8124 Geburten statt, unter denen sich 70 Frauen mit Placenta praevia befanden.

Daraus ergibt sich, daß 0,9 % aller gebärenden Frauen mit einer Placenta praevia behaftet waren.

Zum Vergleich sind die Zahlen anderer Autoren aufgeführt.

Volkov	0,36 %	Puppel	0,9 %
Marr	0,43 %	Conrad	0,97 %
Crosilla	0,5 %	Liebe	0,98 %
Holub	0,5 %	Pankow	1,0 %
Moskowitz	0,5 %	Heinlein	1,2 %
Klein	0,5 %	Durst	1,2 %
Nelms	0,5 %	Keßler	1,3 %
Pagliario	0,54 %	Hieß	1,4 %
Lukáš	0,58 %	Schulte	1,7 %
Wilson	0,6 %	Stoeckel	1,74 %
Kraul	0,66 %	Zweifel	1,8 %
Mueller	0,7 %	Depken	2,0 %
Thiemke	0,76 %	Döderlein	2,3 %
Högler	0,8 %		

Aus allen diesen Zahlen läßt sich ein Durchschnitt von 0,98 % errechnen.

Die Einteilung in Placenta praevia centralis, lateralis und marginalis ist, worauf schon Henkel hingewiesen hat, reichlich willkürlich; denn während bei einem für einen Finger durchgängigen Muttermund noch eine Placenta praevia totalis zu tasten ist, kann man später bei demselben Fall bei einem für mehrere Finger durchgängigen Muttermund eine Placenta praevia lateralis feststellen. Bei diesen Feststellungen kommt es eben auf die Weite des Muttermundes an. Beim größten Teil der Fälle des hiesigen Materials wurde die Diagnose Placenta praevia bei einem für ein bis zwei Finger durchgängigen Muttermund gestellt. Die Diagnose Placenta praevia marginalis wurde häufig erst bei einem

etwa kleinhandtellergroßen Muttermund gestellt, da ja erst später die Placenta in den Bereich des sich allmählich erweiternden Muttermundes gerät, und somit die Blutungsursache gegeben ist. Die Diagnose lautete:

Placenta praevia centralis in 18 Fällen,
Placenta praevia lateralis in 23 Fällen,
Placenta praevia marginalis in 29 Fällen.

Aus der unten aufgeführten Tabelle ergibt sich die Häufigkeit der verschiedenen Placenta-praevia-Formen bei anderen Autoren, die meistens sogar nur zwischen einer Placenta praevia centralis und Placenta praevia partialis unterschieden haben.

	Placenta praev. central.	lateral.	marginal.
Högler	108	156	182
Keßler	35	40	16
Klein	19	23	17
Marr	32	39	75
Moskowitz	20	37	101
Durst	64	122	108
Schulte	18	59	
Conrad	84	119	
Heinlein	27	57	
Becker	37	94	
Wilson	34	68	
Lukáš	37	60	

Von den 70 Placenta-praevia-Fällen entfielen auf die Erstgebärenden 10 = 14,3 %.

Das Verhältnis der Erst- und Mehrgebärenden ergibt zum Vergleich bei anderen Autoren folgende Tabelle:

	Erstgebärende		
Gänßle	5,0 %	Volkov	11,1 %
Henkel	8,0 %	Bürger und Graf	11,7 %
Füth	8,0 %	Hieß	12,0 %
Klein	9,0 %	Keßler	13,0 %
Dovanth	11,0 %	Högler	14,3 %

Thiemke	14,9 %	Lukáš	25,0 %
Stoeckel	16,0 %	Moskowitz	26,5 %
Puppel	16,4 %	Wilson	33,0 %
Depken	17,0 %	Marr	38,4 %
Schulte	18,0 %	Nelms	43,2 %
Conrad	20,2 %	Bazán	60,0 %
Holub	21,5 %	Pagliario	80,0 %

Der Durchschnittswert aller dieser Zahlen ergibt eine Belastung der Erstgebärenden mit 22,2 %.

Unter den 70 Placenta-praevia-Fällen des hiesigen Materials kam es 5mal zur Fehlgeburt. Die restlichen 65 Fälle ergaben Früchte von über 35 cm Körperlänge.

34 Kinder wogen über 2500 Gr.
32 Kinder wogen unter 2500 Gr.
(1mal Gemini; der 2. Zwilling war reif, aber unter 2500 Gr.)

Diese Einteilung über und unter 2500 Gr. wurde deshalb gewählt, weil es sich zeigte, daß alle reifen Früchte bis auf eine Ausnahme, einen zweiten Zwilling, über 2500 Gr. schwer waren, während alle noch nicht mit dem Zeichen der Reife ausgestatteten Früchte unter 2500 Gr. hatten.

Die gesamte **mütterliche Mortalität** betrug bei den 70-Placenta-praevia-Fällen 7 = 10,0 %.

Wenn wir aber die Erfolgssicherheit der Behandlungsmaßnahmen bei der Placenta praevia beurteilen wollen, so sind von diesen 7 Müttern 2 in Abrechnung zu bringen, da diese bereits moribund in die Klinik eingeliefert wurden, also nicht auf Grund der therapeutischen Maßnahmen oder deren Komplikationen gestorben sind. Es ergibt sich demnach eine bereinigte mütterliche Mortalität von 7,1 %.

Ein Vergleich mit anderen Autoren ergibt bei diesen folgende Zahlen:

Binder	0,0 %	Heinlein	2,3 %
Siegel, I.	1,0 %	Crosilla	3,8 %
Henkel	1,2 %	Holub	4,1 %

Lukáš	4,2 %	Zangemeister	8,0 %
Volkov	4,6 %	Gänßle	8,6 %
Keßler	4,7 %	Nelms	9,0 %
Kermauner	5,3 %	Depken	9,4 %
Högler	5,6 %	Macias	10,0 %
Morich	5,6 %	Puppel	10,6 %
Thiemke	6,1 %	Stoeckel	11,5 %
Kovats	6,2 %	Döderlein	13,0 %
Ronsheim	6,3 %	Pagliario	19,0 %
Hannes	6,6 %	Seuffert	19,0 %
Pankow	6,9 %	Füth	19,7 %
Moskowitz	7,5 %		

Während Pankow, Zangemeister, Stoeckel und andere Autoren eine 6- bis 11prozentige mütterliche Mortalität nachweisen, geben Seuffert und Füth eine solche von 19 bzw. 19,7 % an. Diese beiden letzten Zahlen sind auf Grund statistischer Erhebungen aus der Praxis zusammengestellt. Eine neuere Statistik von Geller über großstädtische häusliche und klinische Geburtshilfe ergibt bei Placenta praevia bei der ersteren eine mütterliche Mortalität von 3,1 % und bei der letzteren von 2 %. Es muß jedoch hier in Betracht gezogen werden, daß in der Großstadt fast vorwiegend nur die leichteren Fälle von Placenta praevia häuslich beendet wurden. Es zeigt sich also nach der Statistik von Seuffert und Füth, daß die häusliche Geburtshilfe eine doppelt so hohe mütterliche Mortalität bei Placenta praevia aufweist wie die klinische. Deshalb ist die Forderung der meisten Autoren mit Recht zu verstehen, daß die Placenta praevia in die Klinik gehört.

Die gesamte **kindliche Mortalität** betrug bei 66 Kindern 39 = 59 %. Von diesen 39 Kindern sind jedoch 2 von zwei moribund eingelieferten Müttern in Abrechnung zu bringen, so daß sich eine bereinigte kindliche Mortalität von 56 % ergibt.

Ein Vergleich der kindlichen Mortalität bei Placenta praevia mit anderen Autoren ergibt folgende Tabelle:

Henkel	10,0 %	Seuffert	49,0 %
Heinlein	19,5 %	Thiemke	53,2 %
Bazán	20,2 %	Conrad	54,0 %
Siegel, I.	24,7 %	Gänßle	54,3 %
Kovats	33,3 %	Högler	55,8 %
Crosilla	36,0 %	Depken	58,1 %
Moskowitz	36,7 %	Stoeckel	58,5 %
Macias	39,0 %	Holub	59,0 %
Keßler	43,0 %	Binder	60,0 %
Morich	43,8 %	Zangemeister	65,0 %
Puppel	44,0 %	Nelms	68,0 %
Frigyesi	47,6 %	Pagliario	74,0 %
Teresvuori	49,0 %		

Die Einteilung der Kinder in solche über und unter 2500 Gr. Körpergewicht ergibt folgende Übersicht:

über 2500 Gr. 34 Kinder, davon 14 tot = 44,4 %
unter 2500 Gr. 32 Kinder, davon 25 tot = 78,1 %.

Vergleicht man die Sterblichkeit bei den verschiedenen Formen der Placenta praevia miteinander, so ergibt sich folgende Tabelle:

Placenta praevia	Mutter		Kind	
	Gesamtzahl	Mortalität	Gesamtzahl	Mortalität
centralis	16	4=25 %	16	12=75 %
lateralis	23	1= 4,3%	23	13=56,5%
marginalis	26	2= 7,7%	27	5=18,5%

Aus dieser Tabelle ersieht man, daß die schwerste Form der Placenta praevia, die centralis, auch die größte Mortalitätsziffer sowohl für die Mutter als auch für das Kind bedeutet.

Die folgende Tabelle anderer Autoren dient zum Vergleich:

Placenta praevia	centralis: Mortalität		partialis: Mortalität	
	Mutter	Kind	Mutter	Kind
Becker	2,7%		1,1%	
Moskowitz	30,0%		4,3%	
Gänßle		75%		46%
Depken	16,4%		6,7%	
Heinlein	5,3%	33%	1,1%	12%

Die **Behandlungsmethoden,** die ausgeführt wurden, waren

die Blasensprengung,
die Wendung nach Braxton Hicks,
die Metreuryse und
die abdominale Schnittentbindung.

Die **Blasensprengung** wurde im ganzen 24 mal ausgeführt. Diese Behandlungsmethode muß jedoch in zwei Gruppen eingeteilt werden; in diejenige, bei der der Kopf bzw. bei Beckenendlage der Steiß sich einstellte, die abgelöste Stelle wieder andrückte und die Geburt den normalen Verlauf nahm, und in diejenige, bei der nach der Blasensprengung wegen weiterbestehender Blutung die Wendung zur Geburtsbeendigung angewandt wurde.

Nur die Blasensprengung wurde 14 mal ausgeführt, 12 mal bei Placenta praevia marginalis und 2 mal bei Placenta praevia lateralis.

In den folgenden Tabellen soll nun gezeigt werden, wie die Ergebnisse dieser Behandlung waren.

Placenta praevia	Gesamtzahl	Mütterliche Mortalität	Kindliche Mortalität
lateralis und marginalis . . .	14	1 = 7,1%	5 = 35,7%
centralis	–	—	

	Gesamtzahl	Mortalität		Gesamtzahl	Mortalität
Mutter . . .	14	1= 7,1%			
			über 2500 g	8	1=12,5%
Kind . . .	14	5=35,7%	unter 2500 g	6	5=83,3%

Diese eine Mutter starb kurz nach der Geburt. Die plötzlich auftretende Cyanose verbunden mit Atemnot ließ bei dem bestehenden Scheidenriß mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine Lungenembolie schließen.

Die Nachgeburtsperiode bei den durch Blasensprengung behandelten Placenta-praevia-Fällen gestaltete sich folgendermaßen: 12mal erfolgte spontane Ausstoßung, 1mal war der Credésche Handgriff und 1mal die manuelle Lösung der Placenta erforderlich.

Die Blasensprengung mit anschließender innerer rechtzeitiger Wendung wurde 10mal ausgeführt. Dabei handelte es sich 7mal um eine Placenta praevia marginalis, 2mal um eine Placenta praevia lateralis und 1mal um eine Placenta praevia centralis.

Aus den folgenden Tabellen ist das Ergebnis der Blasensprengung mit anschließender Wendung zu ersehen.

Placenta praevia	Gesamtzahl	Mütterliche Mortalität	Kindliche Mortalität
lateralis und marginalis . . .	9	1=11,1%	4=44,4%
centralis	1	1=100 %	1=100 %

	Gesamtzahl	Mortalität		Gesamtzahl	Mortalität
Mutter . . .	10	2=20 %			
			über 2500 g	5	2=40%
Kind . . .	11 (Gemini)	5=45,5%	unter 2500 g	6	3=50%

Von diesen 2 Müttern ist jedoch 1 in Abrechnung zu bringen, da sie bereits moribund eingeliefert wurde, so daß sich eine bereinigte Mortalitätsziffer von 10 % ergibt. Die zweite Mutter starb an einer Sepsis.

Die Nachgeburtsperiode bei den mit Blasensprengung mit anschließender Wendung behandelten Placenta-praevia-Fällen verlief nur einmal spontan, jedoch war Nachtastung wegen Unvollständigkeit erforderlich. In den übrigen Fällen wurde wegen der bestehenden Blutung die Placenta manuell gelöst.

Von den 5 toten Kindern ist jedoch 1 Kind in Abzug zu bringen, dessen Mutter moribund eingeliefert wurde, so daß sich eine bereinigte Mortalität von 36,4 % ergibt. Da dieses 1 Kind über 2500 g schwer war, so ergibt sich für diese Gruppe eine bereinigte Mortalität von 10 %.

Die folgende Tabelle anderer Autoren dient zum Vergleich der mütterlichen Sterblichkeit bei der Blasensprengung. (Aus den Berichten war jedoch bei den meisten Autoren nicht ersichtlich, wie oft entbindende Operationen im Anschluß an die Blasensprengung stattfanden.)

Frigyesi	0,0 %	Pankow	2,38 %
Thiemke	0,0 %	Mueller	3,6 %
Essen-Möller	1,0 %	Durst	5,5 %
v. Ammon	1,9 %		

Die folgende Tabelle dient zum Vergleich der kindlichen Sterblichkeit.

Volkov	6,7 %	Keßler	30,0 %
Thiemke	13,0 %	Essen-Möller	30,6 %
Pankow	16,1 %	Frigyesi	33,3 %
Durst	26,0 %	Mueller	47,3 %
v. Ammon	28,8 %	Marr	70,0 %

Die Wendung nach Braxton Hicks wurde im ganzen 18mal ausgeführt, und zwar 9mal bei Placenta praevia centralis, 7mal bei Placenta praevia lateralis und 2mal bei stärker blutenden Fällen von Placenta praevia marginalis.

Die folgenden Tabellen zeigen das Ergebnis der Placentapraevia-Behandlung durch die Methode nach Braxton Hicks.

Placenta praevia	Gesamtzahl	Mütterliche Mortalität	Kindliche Mortalität
lateralis und marginalis . . .	9	0= 0 %	6=66,7%
centralis	9	3=33,3%	8=88,9%

	Gesamtzahl	Mortalität		Gesamtzahl	Mortalität
Mutter . . .	18	3=16,6%			
Kind . . .	18	14=77 %	über 2500 g	8	6=75%
			unter 2500 g	10	8=80%

Da jedoch eine von den 3 Müttern bereits moribund eingeliefert wurde, ist diese in Abrechnung zu bringen, da ihr Tod ja nicht auf Kosten des ausgeführten therapeutischen Eingriffs zu setzen ist. Es ergibt sich somit ein bereinigte Mortalität von 2 von 18 Müttern = 11,1 %.

Die zweite Mutter starb an atonischer Nachblutung nach manueller Lösung der festhaftenden Placenta.

Der dritte Todesfall trat 14 Tage post Partum infolge Puerperalsepsis ein.

Die Nachgeburtsperiode stellte sich wie folgt: Bei den 18 Fällen folgte 4mal die Placenta spontan, 2mal mußte nachkürettiert und 3mal nachgetastet werden. Die festhaftende Placenta wurde 2mal durch Credé entfernt, 6mal mußte sie manuell gelöst werden. In einem Falle kam es zur Uterusruptur, dabei wurde die vaginale Uterusexstirpation ausgeführt. Im ganzen waren 4 stärkere Cervixrisse, von denen 3 stark bluteten, zu verzeichnen. Eine schwere atonische Nachblutung konnte durch reichliche Secalegaben und durch Halten des symphysenwärts gedrückten Uterus beseitigt werden.

Die folgende Tabelle anderer Autoren dient zum Vergleich der mütterlichen Sterblichkeit nach der Methode von Braxton Hicks.

Frigyesi	0,0 %	v. Ammon	8,2 %
Thiemke	2,4 %	Jung	12,5 %
Durst	5,1 %	Agostino	17,3 %
Mueller	6,1 %		

Von den 14 toten Kindern ist jedoch 1 Kind, dessen Mutter moribund eingeliefert wurde, in Abrechnung zu bringen, so daß sich eine bereinigte Mortalität von 72,2 % ergibt. Aus eben demselben Grunde ist von den 8 unter 2500 Gr. schweren Kindern ebenfalls 1 in Abrechnung zu bringen, so daß sich in dieser Gruppe die Mortalitätsziffer auf 70 % erniedrigt.

Die folgende Tabelle anderer Autoren dient zum Vergleich der kindlichen Mortalität.

Agostino	7,2 %	Durst	75,0 %
Morich	15,3 %	Frigyesi	83,3 %
Volkov	29,7 %	Mueller	89,7 %
v. Ammon	63,2 %	Thiemke	93,0 %
Jung	75,0 %		

Die Behandlung der Placenta praevia wurde mit Hilfe der **Metreuryse** 16mal ausgeführt, und zwar 5mal bei Placenta praevia centralis, 6mal bei Placenta praevia lateralis und 5mal bei Placenta praevia marginalis.

Einen Überblick über das Ergebnis der Placenta-praevia-Behandlung durch die Metreuryse geben folgende Tabellen:

Placenta praevia	Gesamtzahl	Mütterliche Mortalität	Kindliche Mortalität
lateralis und marginalis . . .	11	1=9%	8= 72,7%
centralis	5	0=0%	5=100 %

	Gesamtzahl	Mortalität		Gesamtzahl	Mortalität
Mutter . . .	16	1= 6,3%			
Kind	16	13=81,3%	über 2500 g	7	6=85,7%
			unter 2500 g	9	7=77,8%

Der Todesfall dieser einen Mutter ereignete sich 12 Tage post Partum und war auf eine Peritonitis zurückzuführen.

Die Nachgeburt folgte bei den 16 Fällen nur 4mal spontan, wobei einmal wegen Unvollständigkeit nachgetastet werden mußte. Die Expression der Placenta durch den Credéschen Handgriff wurde 2mal angewandt, wobei 1mal eine Nachtastung erforderlich war. Allein in 10 Fällen mußte die Placenta durch manuelle Lösung entfernt werden. Bei einer Frau war ein größerer, bei einer anderen ein kleinerer Cervixriß festgestellt worden.

Nach Ausstoßung des Metreurynters trat bei diesen 16 Fällen 5mal der Kopf ins Becken ein, wobei 2mal die Spontangeburt erfolgte, 2mal der Kopf durch Zange entwickelt und 1mal perforiert werden mußte. Bei 2 Steißlagen wurde nach Ausstoßung des Metreurynters die Extraktion am herabgeschlagenen Fuß vorgenommen. Bei 7 Schädel- und 2 Querlagen wurde nach Ausstoßung des Metreurynters gewendet und die Extraktion angeschlossen.

Die erste der folgenden Tabellen anderer Autoren dient zum Vergleich der mütterlichen Mortalität, die zweite zum Vergleich der kindlichen Mortalität bei der Behandlung der Placenta praevia durch Metreuryse.

Mütterliche Mortalität

Mueller	0,0 %	Klein	16,1 %
Wilson	2,9 %	Keßler	20,0 %
v. Ammon	5,2 %	Durst	75,0 %

Kindliche Mortalität

Volkov	6,3 %	v. Ammon	50,0 %
Morich	29,3 %	Mueller	61,0 %
Thiemke	32,0 %	Klein	85,7 %
Wilson	40,0 %	Durst	100,0 %
Keßler	50,0 %		

Die Behandlung der Placenta praevia durch die **Sektio** wurde in 7 von 49 Fällen in den letzten 10 Jahren durchgeführt, und zwar 2mal bei Placenta praevia centralis und 5mal bei Placenta praevia lateralis.

Bei diesen 7 Fällen wurde 4mal der transperitoneale cervicale und 3mal der klassische Kaiserschnitt ausgeführt.

Das Ergebnis der Placenta-praevia-Behandlung durch die Sektio ist folgendes:

Placenta praevia	Gesamtzahl	Mütterliche Mortalität	Kindliche Mortalität
lateralis und marginalis . .	5	0=0%	0=0%
centralis	2	0=0%	0=0%

	Gesamtzahl	Mortalität		Gesamtzahl	Mortalität
Mutter . . .	7	0=0%			
			über 2500 g	7	0=0%
Kind . . .	7	0=0%	unter 2500 g	—	—

Die erste der folgenden Tabellen anderer Autoren dient zum Vergleich der mütterlichen, die zweite zum Vergleich der kindlichen Mortalität bei der Behandlung der Placenta praevia durch die Sektio.

Mütterliche Mortalität

Girardin	0,0 %	Bazán	0,0 %
Battori	0,0 %	Frigyesi	0,0 %

Wilson	0,0 %	Agostino	4,0 %
Daily	0,0 %	Lukáš	4,2 %
Forlini	0,0 %	v. Ammon	7,3 %
Stoeckel	0,0 %	Thiemke	7,4 %
Klein	0,0 %	Durst	13,3 %
Puppel	0,0 %	Jung	16,6 %
Keßler	2,9 %	Moskowitz	30,0 %
Essen-Möller	3,1 %		

Kindliche Mortalität

Wilson	0,0 %	Essen-Möller	9,0 %		
Jung	0,0 %	Agostino	10,0 %		
Durst	0,0 %	Frigyesi	14,3 %		
Bazán	2,3 %	Morich	16,5 %		
Stoeckel	3,3 %	v. Ammon	18,4 %	reduziert	9,1 %
Thiemke	3,7 %	Keßler	19,4 %		
Girardin	5,3 %	Klein	20,0 %	„	0,0 %
Battori	6,0 %	Daily	22,2 %	„	6,3 %
Puppel	8,0 %	Mueller	33,8 %	„	16,6 %

Vergleicht man die mütterliche und kindliche Sterblichkeit bei den verschiedenen Entbindungsverfahren bei Placenta praevia, so ergibt sich folgende Tabelle:

	Mutter		Kind	
	Gesamtzahl	Mortalität	Gesamtzahl	Mortalität
Blasensprengung	14	7,1 %	14	35,7 %
Blasensprengung mit rechtzeitiger Wendung . . .	10	20 %	11	45,5 %
Braxton-Hicks	18	16,6 %	18	77 %
Metreuryse	16	6,3 %	16	81,3 %
Sektio	7	0 %	7	0 %

Es ist also festzustellen, daß die Behandlung der Placenta praevia durch die Schnittentbindung die besten Ergebnisse für Mutter und Kind zeitigte. Selbst bei den leichten Fällen von Placenta praevia lateralis und marginalis war das Ergebnis für die Kinder bei Schnittentbindung wesentlich besser als bei allen anderen Entbindungsverfahren. Gewiß darf man auf Grund der geringen Zahl von 7 Fällen nicht diese Methode als die einzig richtige hinstellen, jedoch zeigen auch die Statistiken anderer Autoren, besonders in neuerer Zeit, daß namentlich die Placenta praevia centralis und die stark blutenden Formen der Placenta lateralis die besten Erfolgsaussichten betreffs der Mortalität für Mutter und Kind durch die Schnittentbindung erhalten.

Es ist mir am Schlusse eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Geller für die Übernahme des Referates und das liebenswürdige Entgegenkommen zu danken.

Literatur

Agostino, G. Considerazioni cliniko-statisticke su *222* Placente previe.
(Berichte ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 30 1936 S. 710.)

v. Ammon, C. Die Mortalität der vaginalen und abdominalen Entbindungsmethoden bei Plazenta-praevia.
(Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 97 S. 261.)

Battori, G. Sul taglio cesareo nella placenta previa.
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. *23* 1933 S. 312.)

Bazán, J. Resultate der Behandlung der Placenta praevia im Instituto de Maternidad.
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. *23* 1933 S. 381.)

Becker, J. C. Behandlung der Placenta praevia.
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. *28* 1935 S. 337.)

Binder, G. An analysis of eighty-four cases of Plazenta previa.
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. *27* 1934 S. *722.*)

Bittmann Arch. f. Gyn. 1935 Bd. 159 H. 5.

Bürger u. Graf Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. *25*, 1.

Conrad, G. Zur Behandlung der Plazenta praevia.
(Ztrbl. f. Gyn. 1925 Nr. 5 S. *275.*)

Crosilla, J. Die Therapie der Plazenta praevia.
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. *24* 1933 S. 809.)

Daily, E. F. Plazenta praevia.
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. *27* 1934 S. 670.)

Depken, H. Die Behandlung der Plazenta praevia.
(Ztrbl. f. Gyn. 1924 S. 298.)

Doerfler Was leistete die Schnittentbindung im Jahre 1930.
(Arch. f. Gyn. 147 1931.)

Dovanth s. Gänßle.

Döderlein, A. Plazenta praevia und Hysterotomia vaginalis anterior.
(Arch. f. Gyn. Bd. 92 S. 91.)

Durst, F. 30 Jahre Plazenta-praevia-Behandlung
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 30 1936 S. 435.)

Essen-Möller, E. Some reflections on the treatement of Placenta praevia.
(Ber. ü. d. ges. Gyn, u. Geb, Bd. *23* 1933 S. 468.)

Forlini, E. Sul taglio cesareo abdominale nella cura placenta previa centrale Contributo clinico.
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. *28* 1935 S. 673.)

Frigyesi, J.	Bestrebungen zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse bei Placenta praevia. (Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 25 1934 S. 604.)
Füth, J.	(Ztrbl. f. Gyn. 1906 Nr. 12.)
Gänßle, H.	Über Behandlung der Placenta praevia. (Arch. f. Gyn. 1923 Bd. 118 S. 120.)
Geller, F.	Häusliche und klinische Geburtshilfe. (Med. Klinik 1936 Nr. 32.)
Girardin, R.	Traitement du Placenta praevia au cours des dernières années. (Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 26 1934 S. 349.)
Hannes, W.	Die Behandlung der Placenta praevia. (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1909 Bd. 64 S. 684.)
Henkel	Die individuelle Behandlung der Placenta praevia. (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1928 Bd. 93 S. 103.)
Heinlein	Zur Behandlung der Placenta praevia. (Ztrbl. f. Gyn. 1922 Bd. 46 S. 170.)
Hiess	Übr die Grenzen der Leistungsfähigkeit unserer heutigen Praevia-Therapie. (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1921 Bd. 54 S. 165.)
Hitschmann	Die Therapie der Placenta praevia. (Kerger, Berlin 1921.)
Högler, H.	Zur Behandlung der Placenta praevia. (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1929 Bd. 96 S. 539.)
Holub, J.	Placenta praevia. (Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 30 1936 S. 576.)
Jung, J.	Kaiserschnitt bei Placenta praevia. (Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 30 1936 S. 576.)
Kermauner	Sonderbeilage der Wiener Klinischen Wochenschrift 1905 H. 11.
Keßler, R.	Die Therapie der Placenta praevia. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1930 Bd. 86 S. 175.)
Klein, S. M.	Zur Therapie der Placenta praevia. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1935 Bd. 99 S. 170.)
Kovats, I.	Klinik der Placenta praevia. (Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 29 1935 S. 83.)
Kraul	Wiener med. Wochenschr. 1922 Nr. 9.
Krönig	Zur Behandlung der Placenta praevia. (Ztrbl. f. Gyn. 1908 Nr. 46.)
Liebe	Unsere Behandlung der Placenta praevia. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1924 Bd. 65.)
Lukáš, J.	Blutung bei Placenta praevia. (Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 30 1936 S. 577.)

Macias, d. T., E. Behandlung der Placenta praevia.
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 30 1936 S. 370.)

Marr, J. P. Analysis of one hundred and forty-six cases of plazenta praevia.
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 29 1935 S. 642.)

Morich, E. L. Zur klinischen Behandlung der Placenta praevia.
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 24 1933 S. 314.)

Moskowitz, H. L. An analysis of 158 cases of plazenta previa.
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 22 1932 S. 585.)

Mueller, M. Die Behandlung der Placenta praevia.
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 27 1934 S. 68.)

Nelms, W. F. A review of the treatement of the cases of plazenta previa at the Brooklyn Hospital for the past ten years.
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 22 1932 S. 66.)

Pagliario, M. Considerazioni clinicke su una centuria dicasi di plazenta previa centrale e marginale.
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 30 1936 S. 191.)

Pankow, O. Über Placenta praevia.
(Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1909 Bd. 64.)

Pankow, O. Die Placenta praevia.
(Halban-Seitz Bd. 8 Heft 1 S. 1.)

Puppel, E. Zur Frage der Plazenta praevia.
(Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1930 Bd. 85 S. 246.)

Ronsheim s. Nelms.

Sellheim Neuorientierung oder besonnene Entwicklung der Geburtshilfe.
(Ztrbl. f. Gyn. 1929 Nr. 18 S. 1090.)

Sellheim Die Gefahren der natürlichen Geburtsbestrebungen bei Plazenta praevia und ihre Vermeidung durch den extraperitonealen Uterusschnitt.
(Ztrbl. f. Gyn. 1908 Nr. 40.)

Seuffert Operative Gynäkologie.
(Döderlein-Krönig Tieme 1912 [s. Siegel, P. W.].)

Siegel, I. A. Observations of 101 cases of Placenta previa delivered by abdominal cesarean Section.
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 22 1934 S. 686.)

Siegel, P. W. Klinische Therapie der Plazenta praevia.
(Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1926 Bd. 73 S. 18.)

Schulte, J. Die Stellung des Kaiserschnitts in der Behandlung der Plazenta praevia.
(Ztrbl. f. Gyn. 1924 S. 1065.)

Stoeckel, W. Zur Therapie der Plazenta praevia.
(Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1923 Bd. 61 S. 52.)

Teresvuori, H. Über die Behandlungsresultate der letzten Zeit bei Plazenta praevia in der Obstr. Universitätsklinik Helsinki
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 27 1934 S. 209.)

Thiemke, G. Zur Behandlung der Plazenta praevia.
(Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1931 Bd. 87 S. 110.)

Volkov, I. Analyse von 239 Fällen von Plazenta praevia.
(Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 27 1934 S. 504.)

Wilson, R. A. Plazenta previa. The results of the treatment of 102 cases occuring in 16 310 consecutive deliveries.
((Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 27 1934 S. 670.)

Zangemeister u. Schilling Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 60. Arch. f. Gyn. 1922 Bd. 117 S. 16.

Zweifel Handbuch der Geburtshilfe von Döderlein.
(Münch. Med. Wochenschr. 1907 Nr. 48.)

Lebenslauf

Am 5. September 1910 bin ich in Lüben i. Schles. als Sohn des Maschinenbetriebsleiters Johann Schigold und seiner Ehefrau Margarete, geb. Radek, geboren. Nach vierjähriger Volksschulzeit besuchte ich von Ostern 1921 ab das staatliche Gymnasium in Rybnik OS. und vom Juni 1921 ab das Realgymnasium in Lüben, wo ich Ostern 1930 das Reifezeugnis erhielt. Dann studierte ich an der Universität Breslau und vom S.-Semester 1931 ab an der Universität Greifswald, wo ich im Juli 1932 das Vorexamen mit gut bestand. Vom W.-Semester 1932 ab studierte ich wieder in Breslau, wo ich im Dezember 1935 das Staatsexamen mit gut bestand. Die Ausbildung während meines praktischen Jahres geschah vom 1. Januar 1936 bis 14. Mai 1936 an der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Städtischen Allerheiligenhospitals in Breslau und vom 15. Mai 1936 bis 31. Dezember 1936 an der Inneren Abteilung des St.-Carolus-Krankenhauses in Görlitz. Am 1. Januar 1937 erhielt ich die Bestallung. Seit dem 1. Januar 1937 bin ich als Assistenzarzt an der chirurgisch-gynäkologischen Abteilung des St.-Carolus-Krankenhauses.

Hans Schigold.